	1-12-01-CAL-for-026	
	Fecha actualización	10 de mayo de 2012
	Revisión No.	4
	Página :	1/1

RED DE SALUD DE LADERA - MAPA DE RIESGOS OFICINA DE CONTROL INTERNO. 2018

PROCESO: **OFICINA DE CONTROL INTERNO** **Fecha de elaboración: Febrero de 2018**

No.	Nombre del riesgo	Clasificación	Proceso	Causas	Consecuencias	Control	Acción de Control	Riesgo Residual					Opción de manejo	Acciones Preventivas	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio	Fecha de terminación	Registro-Evidencia	Acciones de contingencia ante posible materialización	Evidencia-Registro
								Probabilidad		Impacto		Zona de Riesgo									
1	Verificación y evaluación del sistema de control Interno insuficiente	RARO: No se ha presentado en 5 años	MODERADO: Medianas	1. Falta de Planeación del área de Control Interno. 2. Disconocimiento del Rol de la Oficina de Control Interno. 3. Falta de independencia para el desarrollo de la gestión del área.	1. Mala reputación de la Red Ladera ante los grupos de interés. 2. Pérdida inmágen corporativa. 3. Genera desconfianza al interior d ela entidad.	1. Programa Anual de Auditorias. 2. Estrategia anticorrupción. 3. Certificación de calidad ISO 2015 3. Arqueos de efectivo y titulos valores. 4. Seguimiento manual de funciones y competencias. 5. Seguimiento y evaluación de los Planes Operativos, Plan Bienal, Plan de Inversiones y presupuesto de la Red. 6. Pólizas y mecanismos de protección de los recursos de la entidad.	1. Auditorias internas y externas a los procesos y Gestión Planes de Mejoramiento. 2. Evaluación indicadores de la Resolucion 1473 y del Plan de Desarrollo. 3. La Red cuenta y se cine al Manual de Contratación.	Improbable	2	Moderado	2	ZONA MODERADA	ASUMIR EL RIESGO Y/O REDUCIR EL RIESGO	1. El programa de auditoria, es resultante del analisis y evaluación de los riesgos de la vigencia anterior. 2.. Construcción, evaluación y seguimiento al mapa de riesgos de la Red. 3. Socializar e implementar el Mapa de Procesos, Mauales y POEs. 4. Rendicion de cuentas. 5. Evaluación de indicadores	Equipo Directivo	Trimestral	01/02/2018	30/12/2018	1. Actas de socialización de Manuales, POEs . 2. Actas de reunión construcción Mapa de riesgos. 3. Informe seguimiento a riesgos. 4. Informe seguimiento a indicadores de la Red.	1. Reinducción de controles de los POEs. 2.Reinducción especifica a los responsables de proceso 3. Plan de mejoramiento seguimiento a riesgos. 4. Plan de mejoramiento seguimiento indicadores.	1. Informes de seguimiento. 2. Planes de mejoramiento por proceso. 3. Planes de mejoramiento individual. 4. Actas de capacitación en temas especificos de la reinducción
2	Asesoria Inadecuada	RARO: No se ha presentado en 5 años	MAYOR: Altas	1. Desconocimiento de la normatividad aplicable. 2.Aplicación equivocada de la norma regulatoria. 3. Prevalencia criterios de interes personal, antes que el interes general o institucional	1. Materialización de riesgos. 2. Hallazgos u observaciones. 3. Sanciones fiscales, disciplinarias o penales.	1. Mapa de riesgos institucional y por proceso. 2. Manual de Contratación, Manual del Interventor. 3. Indicadores por proceso e institucional. 3.. Cumplimiento a la normatividad (Informe cuatrimestral Ley 1474) 4. Seguimiento a informes de quejas reclamos y de conciliaciones de la Red.	1. Conceptos basados en normas vigentes. 2. Evaluación riesgos e indicadores. 3. Processs caracterizados 4. Políticas institucionales definidas	Raro	2	Moderado	2	ZONA MODERADA	ASUMIR EL RIESGO Y/O REDUCIR EL RIESGO	1. Socialización normas internas y regulatorias del sector salud. 2. Actualización normograma de la Red. 3. Indicadores y metas especificas	Oficina de Control Interno	Mensual	01/01/2018	31/12/2018	1. Actas de capacitación. 2. Normograma vigente. 3. Plan de Desarrollo.	1. Plan de mejoramiento seguimiento a riesgos. 2. Acciones de mejoramiento correctivas.	1. Informes. 2. Actas. 3. Respuesta a solicitudes
3	Pérdida del Auto control	CASI SEGURO: Mas de una vez en el año	MODERADO: Medianas	1. Falta de compromiso institucional. 2. No seguimiento a los lineamientos del POE. 3. Desconocimiento de las funciones 3. Trabajo sin indicadores y metas del proceso.	1. Producto mal terminado. 2. Incumplimiento a las metas establecidas. 3. Insatisfacción del usuario interno y externo.	1. Caracterización del Proceso. 2. POEs. 3. Indicadores por porceso. 4. Referentes por proceso. 5. Verificación de rendición de cuentas a las entidades de control acorde con el cronograma establecido.	1. Inducción Reinducción 2. Reuniones de evaluación. 3. Seguimiento a indicadores. 4. Capacitaciones	Probable	3	Moderado	3	ZONA ALTA	REDUCIR EL RIESGO Y/O EVITAR Y/O COMPARTIR O TRANSFERIR EL RIESGO	1. Personal seleccionado con perfil para el desempeñar la actividad. 2. Programa de capacitación de la Red. 3. Empalme e Inducción.	Equipo Directivo, Referentes, asistenciales y administrativos.	Mensual	01/01/2018	30/12/2018	1. Documnrto plan de inducción y capacitación. 2. Registro asistencia de personal . 3. Informes de gestión por proceso.	1. Evaluación de la gestión por proceso. 2. Acciones correctivas. 3.Auditorias internas de verificación	1. Informes de gestión del proceso. 2. Actas de compromiso y planes de acción. 3. Informes de auditoria especial

ELABORADO POR: Oficina de Control Interno

REVISADO POR: Steven Zapata Forero - Oficina de Planeación

APROBADO POR: Javier Fernando Colorado Angel

Probabilidad	Impacto
Raro	Insignificante
Improbable	Menor
Imitrovo	Moderado
Probable	Mayor
Casi Seguro	Catastrófico

PROBABILIBAD	IMPACTO				
	Insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrófico (5)
Raro (1)	B	B	M	A	A
Improbable (2)	B	B	M	A	B
Posible (3)	B	M	A	E	E
Probable (4)	M	A	A	E	E